FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

L.-P. CRIVELLI

Né à Melbourne (Australie), le 17 novembre 1888

DES RÉTRO-DÉVIATIONS

PARTIELLEMENT IRRÉDUCTIBLES

DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Président : M. COUVELAIRE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	Dr LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, N.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A Monsieur le Docteur LEGRY

Professeur agrégé

A Monsieur le Docteur DELAGÉNIÈRE

DES RÉTRO-DÉVIATIONS

PARTIELLEMENT IRRÉDUCTIBLES

DE L'UTÉRUS GRAVIDE

INTRODUCTION

Arrivé au terme de mes études médicales, je suis heureux de saisir cette occasion d'exprimer ma reconnaissance et ma respectueuse admiration pour les maîtres qui ont bien voulu me guider dans mes études.

Ayant débuté dans une école anglaise et ayant visité plusieurs universités étrangères, je suis heureux aussi d'avoir pu constater une fois de plus, la supériorité de l'enseignement français. Si les autres écoles n'ont pas toujours l'infériorité au point de vue organisation et technique, aucune n'approche de la Faculté de Paris pour la valeur de l'enseignement théorique et surtout pour la clinique. C'est pourquoi je suis venu compléter mes études à Paris, et m'en déclare pleinement satisfait.

DÉFINITION

Lorsqu'un utérus placé vicieusement, le plus souvent en rétro-flexion, devient gravide, et conserve cette position, du fait d'adhérences ou pour toute autre cause, on observe vers le quatrième mois un ensemble de symptômes caractéristiques consistant en troubles urinaires, douleurs, constipation et tumeur pelvienne et déplacement du col en haut et en avant.

Ce type peut se rencontrer à tous les stades, même au voisinage du terme, mais dans ce cas l'utérus est devenu trop gros pour être contenu dans le bassin, il se développe donc aux dépens de sa paroi antérieure, ce qui lui permet de remonter dans l'abdomen tandis que la paroi postérieure, retenue dans l'excavation, forme une dilatation sacciforme ou rétrodéviation partielle. Dans quelques cas c'est la paroi postérieure qui se développe anormalement pour former la même anomalie (cas de Cristofoletti).

Ou une corne utérine (cas de Ricard et Siredey).

HISTORIQUE

Deventer en 1734, étudiant les déplacements du col dans les derniers mois de la grossesse, l'explique par l'obliquité anormale de l'utérus, le fœtus tendant à se coiffer du segment inférieur et se redressant ensuite, porte le col hors de l'axe. Il préconise comme base du traitement, l'évacuation systématique de la vessie et du rectum.

Baudelocque en 1815 admet la rétro-déviation de l'utérus gravide mais pas au delà des premiers mois.

Mme Lachapelle en 1825 et Velpeau en 1835 reconnaissent que l'obliquité de l'utérus en arrière déplace l'orifice mais l'expliquent aussi surtout par l'action de la tête fœtale se coiffant du segment inférieur.

Tranche en 1853 exclut ce mécanisme et invoque la rétro-version partielle, d'après Mende qui en 1825 avait fait une distinction entre la rétro-version : 1° vraie ; 2° fausse. La première étant caractérisée par le déplacement en arrière de tout l'organe, comme on le rencontre dans les premiers mois, mais qui est incompatible avec une grossesse avancée, et la deuxième étant une sorte d'infundibulum occupant

le petit bassin et ne se voyant que dans les derniers mois.

Kiwish en 1851 se prononce catégoriquement pour cette manière de voir, puis Wigand qui propose le nom de dilatation sacciforme.

Cazeneau et Tarnier se rattachèrent à l'opinion de Deventer, invoquant une résistance anormale des parois abdominales dans les derniers mois, forçant la tête à descendre dans le petit bassin pour produire une poche dans la paroi postérieure de l'utérus.

Naegele et Grenser en 1867 distinguèrent 2 cas : 1° le fond utérin est déplacé en même temps que, et proportionnellement au col (rétro-version totale); 2° le fond ne participe pas au déplacement, le col seul étant porté en avant avec allongement de la paroi postérieure.

Barnes en 1873 n'admet pas la possibilité de rétro-déviation après le quatrième, cinquième mois, mais reconnaît qu'il y a des cas présentant une forme bilobée de l'utérus, l'un des sacs occupant le petit bassin.

Depaul dans son mémoire de 1876, reconnaît que la rétro-déviation n'est pas possible après le cinquième mois et conclut à la formation d'une dilatation sacciforme, dans les cas qu'il a réuni.

La question était ainsi restée quelque peu dans le vague quant à l'étiologie et tout à fait quant au traitement, elle a été remise au point de nos jours par de Bovis, et encore plus par le travail de Couvelaire et Lévy-Solal.

ÉTIOLOGIE

C'est une affection très rarement observée car dans la grande majorité des cas de rétro-déviation qui échappent à l'enclavement, l'utérus se développe aux dépens de sa paroi antérieure qui remonte au-dessus du détroit supérieur. Peu à peu, cette paroi, soit par simple traction (Bar), soit par hypertonicité et hypertrophie des ligaments suspenseurs (Delee) semble tirer après elle le reste de l'utérus qui se trouve ainsi réduit ; et la grossesse évolue normalement.

Les adhérences utérines mettent rarement obstacle à cette réduction automatique car elles se ramollissent pendant la grossesse comme les autres tissus utérins (Pinard et Varnier). Mais elles constituent la cause la plus fréquente de la rétro-déviation partielle vraie.

Sur les 17 cas connus en 1908, il y en eut 7 chez des primipares, et 8 chez des multipares (de Bovis); pour les 2 autres il n'est pas spécifié.

Toutes avaient un passé pathologique pelvien et il y eut 2 autopsies et 2 laparotomies; ce qui permit de constater que :

9 avaient une rétro-déviation à coup sûr.

3 avaient très probablement une rétro-déviation.

Quant aux 5 restantes, il n'est pas spécifié.

Théoriquement la dilatation sacciforme peut s'observer avec n'importe quelle paroi de l'utérus mais pratiquement on ne l'observe guère que sur la paroi postérieure (de Bovis).

On peut classer les causes sous cinq chefs (Lévy) que les interventions et les autopsies ont permis de reconnaître :

1° Adhérences.

A) Utérines, fixant la paroi postérieure en position vicieuse. Celle-ci semble être la plus fréquente d'après les chiffres de Lévy. Dans la plupart des cas elles se ramollissent et cèdent (Pinard et Varnier), mais quand elles ne cèdent pas elles causent ou bien l'enclavement (16 cas d'adhérences sur 48 d'enclavement), ou bien la dilatation sacciforme.

A signaler aussi l'épaississement et la rigidité des tissus à l'angle de flexion d'un utérus rétrofléchi depuis longtemps (Delee) et surtout dans les cas précoces et congénitaux (Depaul).

B) Les adhérences extra-utérines qui, elles, ne se ramollissent pas du fait de la grossesse, et en mettant ensemble les anses intestinales et la vessie, forment un toit qui s'oppose à l'ascension de l'utérus.

II. — Les malformations utérines, avec utérus bicorne, dont une corne devient enclavée (obs. IV).

III. — Tumeur, empêchant l'ascension et l'ampliation de l'utérus, ou causant des adhérences ; ou bien

en déformant directement l'utérus, comme dans un cas de Croom (obs. XII) où une partie dure, saillante d'une tumeur ovarienne déprimait la paroi de l'utérus et le divisait ainsi en deux compartiments dont l'un était dans l'excavation. Ou bien par une tumeur utérine produisant une déformation analogue (obs. XIV) ou greffée sur la paroi postérieure et la surchargeant.

IV. — Une opération, en fixant l'utérus à la paroi abdominale ou au vagin, peut, en mettant obstacle à l'extension de la paroi antérienre, causer une dilatation compensatrice de la paroi postérieure.

Berndt a publié un cas de dilatation sacciforme post, après une vagino-fixation (de Bovis) probablement parce que les fils avaient été passés trop haut sur l'utérus.

V. — En dehors de toute lésion apparente, dans certains cas l'utérus se développe aux dépens de sa paroi postérieure (obs. II) par surcharge, l'œuf étant greffé dessus; ou comme l'explique Delassus (*Soc. O. G. P.*, 1911) par la pression atmosphérique s'opposant à l'ascension d'un utérus rétrofléchi et remplissant l'excavation ; cas pour lequel il propose comme traitement, d'admettre de l'air dans le Douglas par voie vaginale.

SYMPTOMES

Dans les deux premiers mois l'utérus est trop petit pour donner lieu à aucun symptôme de compression. Il y a généralement une histoire de passé pathologique, et souvent on a constaté l'existence d'une rétro-déviation préexistante ; dans ce cas il peut y avoir quelques douleurs dans les cuisses et les reins à la suite de fatigue, et une sensation de pesanteur, mais souvent la femme les prend pour les manifestations ordinaires de la grossesse et n'y prête aucune attention.

A partir du troisième ou quatrième mois peuvent apparaître des symptômes de compression des organes pelviens, mais il est à remarquer la rareté et le peu de gravité en général, des complications urinaires ; alors que dans l'enclavement de l'utérus, ce sont les symptômes vésicaux qui dominent la scène et sont la cause immédiate de la gravité des cas.

A) Dans la rétro-déviation partiellement irréductible les symptômes peuvent être nuls jusqu'au voisinage du terme. Nous n'en trouvons que 6 ayant eu des troubles urinaires, les unes n'ayant que des troubles de miction plus ou moins marqués

(obs. I, III) les autres ayant eu une légère cystite.

Dans le cas de Delassus seul, il semble y avoir eu une altération notable de la vessie qui était dilatée, violacée et marbrée de veines.

B) La plupart semblent avoir eu tendance à la constipation mais d'une façon plus modérée que dans l'enclavement.

La miction est moins troublée que dans l'enclavement, la défécation plus (Deventer). Elle ne semble jamais être assez marquée pour être inquiétante, mais par sa chronicité, peut réagir sur l'état général de la femme, en provoquant l'amaigrissement, l'inappétence, etc.

C) Gêne circulatoire : peut provoquer de l'œdème de la vulve et des membres inférieurs, et même des hémorragies vésicales (cas de Delassus).

Mais souvent ces symptômes sont si modérés que la rétro-déviation n'est découverte que quand la femme vient pour accoucher.

A l'examen : Au palper, l'utérus paraît sensiblement normal, quoique un peu moins haut, et un peu moins bombé que normalement pour la période de gestation. Si la vessie est distendue, elle forme une tumeur au-devant de l'utérus mais qui disparaît après cathétérisme. Quoique dans un cas (Delassus) le sondage ne la vidait pas complètement, et elle gênait l'exploration de l'utérus.

Quelquefois la paroi antérieure de l'utérus paraît plus mince (Depaul). Quand il y a tumeur il peut

être impossible de différencier l'utérus de la tumeur (cas de Croom).

Au toucher : on trouve *A*) une tumeur ronde, lisse molle, ou rénitente, formant corps avec l'utérus ; elle remplit plus ou moins l'excavation, mais descend moins bas que celle formée par l'utérus enclavé. Elle fait bomber la paroi postérieure du vagin qui paraît écourtée et semble se terminer sur la partie saillante de la tumeur (Depaul). Le cul-de-sac postérieur est effacé, et il peut être possible de sentir la partie postérieure du col s'insérer sur la tumeur (obs. V).

Cette tumeur est moins dure et résistante que l'utérus enclavé, mais bien plus difficile à refouler, et a plus de tendance à la récidive.

B) Le col est toujours très haut, appliqué en avant, derrière ou au-dessus de la symphise, et peut être inaccessible au doigt. Il n'y a que des cas exceptionnels où le col effleure la vulve (1 cas de Schwartz avec col allongé (Th. Lerat).

Un cas de Couvelaire. *Ann. Gynéc. et Obst.*, 1919).

Le cul-de-sac antérieur est donc très profond.

C) Par le toucher rectal, il est souvent facile de sentir une partie fœtale dans la tumeur. La lumière du rectum est aplatie, et au-dessus pleine de matières fécales.

Quand le travail a commencé, il y a rupture prématurée des membranes ; et comme le déplacement du col, le soustrait à l'action dilatante de la présentation, le travail ne progresse pas, et peut durer jus-

qu'à quatorze jours (Depaul). A cette période, le diagnostic peut être difficile. Le signe caractéristique, c'est le déplacement du col en avant et en haut. Mais quand la tête descend, se coiffant de la paroi postérieure vaginale tendue, et que le col est très haut ou inaccessible, il importe d'éviter de croire à une dilatation complète et de tenter un forceps (Dubrisay et Jeannin).

L'état du col est variable : il peut être dilaté de 2 ou 3 centimètres (Depaul), ou non effacé, et même quelque peu dur et infiltré.

Quand on peut atteindre l'orifice interne on constate que le bord postérieur, qui forme la limite antéro-supérieure de la dilatation sacciforme, est épais et tendu, formant une bride qui s'oppose à la dilatation. Dans le cas de Depaul, il suffit de deux petites incisions sur cette bride pour permettre l'extraction du fœtus.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les tumeurs pelviennes peuvent déplacer le col :

A) Les tumeurs osseuses : elles sont rares, surtout avec grossesse concomitante et leurs caractères sont suffisamment nets pour les différencier.

B) Les tumeurs de la cloison recto-vaginale : elles sont plus fréquentes, mais rarement de forte taille.

C) Les fibromes de la lèvre postérieure qui augmentent de volume pendant la grossesse, et surtout vers le péritoine ; remplissant la courbure du sacrum (Depaul). Un exameu assez soigneux peut être nécessaire pour les différencier ; un fibrome pouvant simuler une tête.

D) Les tumeurs nées dans la cavité abdominale mais mobiles et tombant dans l'excavation.

Un examen soigneux et les caractères de la tumeur serviront pour en distinguer la nature. Il peut être possible de sentir les deux pôles du fœtus par voie abdominale ; et d'autre part, par le toucher rectal, on sent généralement une partie fœtale dans la dilatation sacciforme. L'auscultation est négative en cas de tumeur.

E) L'oblitération de l'orifice interne (obs. L). Le

diagnostic sera établi par la recherche du col, en introduisant au besoin, la main dans le vagin après anesthésie ; et aussi par la recherche d'un écoulement liquide ou sanguin.

TRAITEMENT

1° Au début : Le traitement chirurgical n'est que très rarement indiqué, car une très grande proportion de cas de retroversion se réduisent spontanément ; et de ceux qui persistent, la plupart cèdent aux manœuvres par voie vaginale ou rectale.

Dans la statistique de Lévy : sur 46 cas, 4 furent réduits simplement par le repos et l'évacuation systématique de la vessie et du rectum, et 36 par des manœuvres directes par voie vaginale.

2 seulement nécessitèrent une intervention.

2° Après le troisième mois, on ne doit pas prolonger l'expectative ; la réduction partielle avec dilatation sacciforme est une terminaison rare de la rétrodéviation, et dans les cas qui ne se réduisent pas spontanément, les accidents de l'enclavement sont surtout à craindre, ou l'avortement qui doit actuellement être évité.

Figuièra a réuni 8 cas traités non chirurgicalement et suivis de mort ; et d'après les autopsies, dans 5 cas une intervention aurait pu sauver la femme.

Pinard et Varnier rapportent 20 morts sur 37 cas, et Harlay 26 morts sur 193 cas avec accidents.

Quand les manœuvres de douceur échouent, et qu'il y a danger de complications vésicales, seule, la laparotomie permet de dégager l'utérus enclavé et de reconnaître et lever les obstacles ; et anssi de confirmer ou rectifier le diagnosfic, souvent hésitant, et quelquefois incomplet ou erroné. Elle est à la fois exploratrice et curative, et sans le moindre effet nuisible sur la gestation.

D'après 10 cas réunis par Lévy, ou devant l'absence d'accidents, et l'utérus se développant aux dépens de sa paroi antérieure, on attendit, afin d'essayer de compléter la réduction partielle plus tard, par les manœuvres obstétricales, la réduction a été observée, spontanée, ou à la suite de manœuvres manuelles.

Dans les cas de réduction spontanée la mère est morte une fois sur trois, et l'enfant dans les trois.

Dans les autres cas on est intervenu par les voies naturelles, soit par dilatation artificielle du col avec ou sans débridement de la partie postérieure tendue et hypertrophiée de l'orifice interne, soit par incision par le vagin de la partie saillante de la tumeur. Ces interventions ont été suivies de mort de la mère dans 1 cas sur 7, et de mort de l'enfant dans 6 cas sur 7.

Kustner au Congrès de Genève, donna des résultats peu encourageants de la vagino-fixation (Lévy) sur 9 cas : 4 avortements, 2 accouchements d'enfants morts, et deux récidives de la rétro-déviation.

En outre la vagino-fixation expose à la blessure de la vessie (Begonin) à la dystocie.

Démelin insiste sur les accidents auxquels sont exposées les hystéropéxiées (Levy) notamment l'impotence fonctionelle de l'utérus au moment de l'accouchement ; la tendance aux présentations vicieuses ; la déviation irréductible du col et les dystocies qui en résultent. Elles sont exposées aussi à l'occlusion intestinale par la formation de brides entre l'utérus et la paroi abdominale (Blair-Bell).

Dans les cas de tumeur fixant l'utérus par des adhérences ou l'empêchant de se développer régulièrement, la laparotomie a donné de bons résultats. Permettant de sauver la mère dans les cas de Varnier et Delbet, Hermann, Duhrsem, Croom (Levy) et permettant à la grossesse d'évoluer jusqu'à terme quand elle est pratiquée à temps, comme dans les cas de Maiss , Pauchet, Mouchet, Doleris, Dayot et Hardouin dans lequel l'énucléation d'un fibrome conduit jusqu'à la muquense utérine.

Dans les rétro-déviations partielles essentielles, c'est-à-dire d'un utérus adhérent ou même libre, ou bicorne avec une corne enclavée, les résultats opératoires sont les suivants (Lévy) :

Duhrsem : 2 cas opérés pour corne utérine enclavée : l'un à sept mois, l'autre à six mois ; la grossesse évolue.

Ricard et Siredey (obs. IV) ; grossesse angulaire enclavée. Suites normales, la grossesse évolue.

Cristofoletti (obs. II) ; utérus développé aux dépens de sa paroi postérieure : redressement, la grossesse évolue.

Pinard, Segond et Couvelaire : l'amincissement extrême du segment inférieur nécessita une césarienne et l'hystérectomie dans l'intérêt de la mère.

Couvelaire et Lévy (obs. I) : on peut conserver l'utérus et la grossesse continue à terme.

Von Klein intervint dans un cas malgré la mort de l'enfant et trouva la tête dans une corne utérine gauche, enclavée ; il termina par une hystérectomie dans l'intérêt de la mère.

Delassus (obs. X), trouva l'utérus violacé et subissant de la stase veineuse. Il fit la réduction mais la femme avorta.

Ainsi, dans 8 cas, il y eut 8 guérisons et 6 enfants vivants, au lieu de 6 enfants morts sur 7 dans les cas sans intervention. Six fois on conserva l'utérus.

Donc, quelle que soit la cause de la rétro-déviation, la laparotomie est préférable, si les moyens de douceur par les voies vaginale et rectale échouent. Il est rare que les opérations mutilantes soient imposées, et le plus souvent, la libération pure et simple et la réduction suffisent.

La seule méthode de fixation qui permette de corriger la déviation sans compromettre la gestation est la ligamentopexie à la Doléris, et elle ne devient nécessaire que quand c'est la paroi postérieure qui se dilate, créant une surcharge.

PRONOSTIC

Dans les deux premiers mois d'une grossesse avec rétro-déviation le pronostic est bon, car la plupart des cas se réduisent spontanément à mesure que l'utérus augmente de volume.

A partir du troisième mois peuvent apparaître des symptômes de compression, mais le pronostic est encore bon, car à cette époque la plupart des cas cèdent aux manœuvres de redressement par voie vaginale ou rectale.

Si à cette période, paraissent des accidents d'enclavement, c'est l'état de la vessie qui détermine le pronostic ; actuellement il n'y a qu'un traitement pour l'enclavement, c'est la laparotomie qui doit toujours sauver la mère, et presque toujours permettre à la grossesse de continuer, même s'il y a eu quelques menaces d'avortement (sur 4 cas de Jacobs avec menace d'avortement, 3 accouchèrent à terme).

Si l'utérus continue à se développer aux dépens de sa paroi antérieure, la grossesse peut aller jusqu'à terme, mais la déformation utérine sera une cause grave de dystocie, car souvent un pôle du fœtus se trouve engagé dans la poche pelvienne, et l'autre

dans la poche abdominale, de sorte que l'un et l'autre sont éloignés de l'orifice interne.

Le col, par sa situation, ne tend pas à s'effacer, et quelquefois le bord postérieur de l'orifice interne est épais et forme une véritable bride, de sorte que le fœtus doit d'abord remonter, ou bien basculer, pour pouvoir se dégager.

Dans quelques cas, on a vu l'accouchement se faire spontanément après un travail long et pénible, et dans d'autres on a pu refouler le fœtus ou le faire basculer après une dilatation artificielle, mais presque toujours l'enfant succombe ; ou bien parce que le travail dure longtemps alors que les eaux s'écoulent prématurément ; ou bien que la position anormale de l'utérus provoque l'accouchement prématuré. Une fois sur trois la mère est morte (Depaul).

Les méthodes obstétricales sont donc insuffisantes.

7 morts sur 10 pour l'enfant.

2 morts sur 10 pour la mère (Lévy).

Par contre, les cas traités à temps par la laparotomie donnent :

Pour 7 cas : 7 guérisons de la mère.
6 enfants vivants (Lévy).

Quant aux suites, d'après le peu de cas qu'on a pu revoir ultérieurement, il ne semble pas que la rétrodéviation ait tendance à la récidive si on a pu supprimer la cause (telle que tumeur, etc.) et que dans les cas d'adhérences, la simple reposition suffit. Ce n'est que quand l'utérus développé aux dépens de la paroi postérieure qu'il devient nécessaire de le fixer.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Couvelaire et Lévy-Solal, Soc. O. G. P., 1918.)

Femme de vingt-deux ans ; réglée à quatorze ans ; régulière et sans douleurs.

Un accouchement normal à terme en 1906, qui aurait été suivi onze jours plus tard par une phlébite gauche pour laquelle elle serait restée trois semaines au lit.

Une fausse couche à trois mois en 1910. Au deuxième mois, on aurait fait à la Pitié le diagnostic de rétro-flexion de l'utérus gravide, il n'y avait pas de troubles urinaires. Au troisième mois, avortement. Elle resta huit jours à l'hôpital et les règles revinrent six semaines après l'avortement.

En 1912, troisième gestation : dernières du 29 septembre au 6 octobre. Vers la fin de novembre elle consulte un médecin pour une « pesanteur gênante dans le bassin », qui fait le diagnostic de rétroversion. Il n'y avait pas de troubles urinaires, qui n'apparaissent que dans la deuxième moitié de décembre, avec miction difficile, surtout le matin au réveil. Un médecin a dû pratiquer une fois le cathétérisme pour rétention d'urine.

Constipation relative.

13 janvier 1913. — Elle entre à la Clinique Baudelocque, et l'on constate :

1° Au-dessus du pubis, une tumeur médiane rénitente, remontant à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse et à concavité supérieure. Ce n'est pas la vessie

2° Derrière le pubis et à hauteur du bord supérieur de la symphyse, on atteint par le toucher le col utérin ;

3° Le petit bassin est occupé par une tumeur rénitente irréductible siégeant dans le Douglas.

Il est impossible de fixer avec certitude les connexions entre la tumeur abdominale et la tumeur pelvienne. Elle est examinée plusieurs fois par MM. Pinard, Couvelaire, Lévy-Solal, sans qu'un diagnostic précis soit affirmé. L'hypothèse qui répond le mieux aux sensations fournies par le toucher et le palper est celle d'utérus gravide refoulé par une tumeur kystique pelvienne.

Laparotomie le 6 février.

La vessie est tout entière abdominale, ses parois n'ont rien d'anormal.

Derrière elle émerge une tumeur dont le dôme libre est constitué par la face antérieure de l'utérus gravide, et qui plonge dans le petit bassin.

Elle adhère au rectum, au côlon pelvien et aux parois pelviennes.

Les annexes gauches, légèrement hypertrophiées, sont englobées dans des adhérences peu solides.

En somme, c'est la face postérieure de l'utérus qui constituait la tumeur pelvienne. Elle est prudemment libérée sans difficulté notable et l'utérus reprend sa position normale.

Le suintement sanguin est négligeable.

Fermeture en trois plans sans drainage.

Suites : Le 3 février, température 39 degrés. Légère parotidite traitée par expression qui fait sourdre quelques gouttes de pus le 10 et le 11, et la température redevient normale.

L'utérus n'a pas présenté de contractions douloureuses.

Le 30 mars elle sort en parfait état. Le col a repris et gardé sa position normale.

Le 11 juillet 1913, soit deux cent quatre-vingt-cinq jours après ses dernières règles elle revient accoucher.

Tout se passe normalement après un travail de six heures trente.

OBSERVATION II

(Cristofoletti)

III-pare de trente-deux ans, reçue le 7 février 1910.

Depuis deux ans se plaint de douleurs pelviennes, pessaire depuis un an.

Dernières règles, 1er nov. 1909. Depuis trois semaines, douleurs vésicales nécessitant le cathétérisme ; et à son entrée cystite légère ; l'utérus est gros comme à trois mois et le col est haut et rétro-symphisaire.

Tentatives de reposition sans résultat.

Laparotomie : on constate que l'utérus s'est surtout développé aux dépens de la paroi postérieure, qui par surcharge s'enfonce dans l'excavation et la remplit.

Redressement et fixation à la Doléris. Dès le deuxième jour miction spontanée et plus de douleurs.

La grossesse évolue normalement

OBSERVATION III

(Paquet, *Semaine Gynœcologique*. Paris, 1913).

Service : Oui (Maternité), 26 mai 1913.

Malade de vingt-quatre ans, a marché à dix-huit mois, réglée à quinze ans.

Jamais malade jusqu'en 1910, quand elle ressentit des douleurs abdominales et lombaires, et la miction devint douloureuse.

Les règles restent régulières, pas de leucorrhée.

En 1911, elle consulte un médecin qui fait le diagnostic de rétro-déviation et essaie de la réduire, sans succès.

En août : retard de six semaines, suivi d'hémorragie abondante.

En mai 1912. — Mêmes phénomènes.

En août 1912 : les règles disparaissent de nouveau, et en décembre il y a rétention d'urine nécessitant un sondage. L'état est resté bon mais les mictions deviennent fréquentes et peu abondantes, et la constipation est peu marquée.

25 mai, 4 heures. — Quelques douleurs pour lesquelles on fait venir le médecin, qui ne peut sentir le col, mais trouve une tuméfaction dans l'excavation, qu'il tente de réduire, avec l'aide d'un confrère, mais sans succès. A midi : rupture de la poche des eaux.

26 mai. — Elle arrive dans le service de M. Oui. Température 38 degrés. Pouls 92, l'utérus en contraction permanente, rendant le palper difficile, fond à 26 centimètres. Cœur fœtal à peine perceptible. Elle perd un peu de sang, et le cathétérisme donne quelques centimètres cubes d'urine.

Au toucher : on trouve dans le vagin un pied et le membre fléchi, et plus haut dans le cul-de-sac postérieur, une masse dure occupant les deux tiers supérieurs de l'excavation, et de consistance analogue à l'utérus en contraction.

Sous-anesthésie, la main introduite dans le vagin (après avoir attiré le pied dehors), assez haut et derrière le pubis rencontre, la partie postérieure du col encerclant la cuisse. La traction exercée sur la jambe (gauche) et la pression sur la tumeur produisent un léger mouvement de bascule, mais la fesse antérieure butte sur la symphise. Avec difficulté on transforme le membre antérieur en postérieur, et alors l'accouchement se termine rapidement.

L'enfant de 2.150 grammes, fait quelques mouvements respiratoires, mais meurt peu après. Une demi-heure plus tard, délivrance normale par expression.

La main dans le vagin retrouve la tumeur dans l'excavation et la refoule aisément dans l'abdomen et on peut alors explorer la face postérieure de l'utérus qui est normale, et les annexes aussi.

Suites apyrétiques.

OBSERVATION IV

(Ricard et Siredey, *Soc. O. G. P.*, 1910).

18 décembre 1909. Femme de vingt et un ans, pas d'enfants. Réglée à douze ans, irrégulières, toujours avec retards de une à huit semaines ; durée huit jours, peu abondantes mais un peu douloureuses.

Rhumatisme et chorée dans son enfance.

Dernières règles le 7 octobre. Depuis le 10 novembre elle

souffre de douleurs vives dans le bas-ventre, du côté gauche, elles sont intermittentes, et vont en augmentant. Elle fut traitée pour métrite mais sans amélioration.

A l'examen : le col est mou ; le cul-de-sac droit est normal, mais en arrière et à gauche, ils sont refoulés par une grosse masse douloureuse.

L'utérus, difficile à délimiter semble de volume normal et rofoulé en avant et à droite, contre la symphise, et on ne peut le séparer de la masse pelvienne.

On porte le diagnostic de salpingite gauche et périmétrite.

4 janvier. — Après repos et traitement général, l'état est meilleur mais la tuméfaction a augmenté, et concorde mal avec l'absence de douleurs et de température.

12 janvier. — L'augmentation est nette ; et le col mou, on porte le diagnostic de grossesse extra-utérine, et on pratique la laparotomie : on trouve une masse enclavée dans l'excavation, et faisant corps avec l'utérus, et dont la réduction se fait avec difficulté ; il s'agit d'une corne gauche distendue, repliée en arrière et à gauche comme s'il y avait une charnière à sa jonction avec l'utérus. C'est donc une grossesse angulaire enclavée. Suites simples, la grossesse évolue normalement.

OBSERVATION V

(Depaul, 1857.)

Femme de vingt-quatre ans : un accouchement normal en 1852, un avortement en 1855.

Bassin normal.

La grossesse actuelle débuta fin 1856 et ne présenta rien de particulier jusqu'en fin 1857, quand elle ressentit de vives douleurs se calmant bientôt.

28 juillet. — Le véritable travail paraît se déclarer avec quelques douleurs et de l'écoulement de sang, mais à marche irrégulière ; les contractions utérines paraissent, puis cessent plus ou moins longtemps.

7 août. — Ecoulement des eaux, teintées de méconium, et les mouvements du fœtus diminuent. Le lendemain elle est prise d'une fièvre intense.

10 août. — Le travail était commencé depuis quatorze jours, l'état général assez mauvais et l'enfant mort et en décomposition.

A l'examen : l'utérus non douloureux, n'offrait rien de particulier.

Au toucher : on sent une tumeur inégale de la consistance d'un corps fibreux remplissant l'excavation.

Le col très haut derrière la symphyse a la forme d'une fente transversale à concavité postérieure, et n'est pas effacé ; les deux lèvres formant saillie, étant souples et molles. La lèvre postérieure, plus longue, semble se détacher de la partie supérieure de la tumeur.

Sous anesthésie, deux doigts sont introduits et contournent l'orifice interne au niveau de laquelle la lèvre postérieure forme une saillie transversale arrondie, grosse comme le doigt et tendue comme un tendon.

On sent que la cavité utérine forme un infundibulum s'étendant au-dessous du col et contenant une partie de l'extrémité pelvienne.

Laissant les deux doigts en place, on guide un bistouri

boutonné et l'on débride la lèvre tendue, de quelques millimètres.

Aussitôt l'orifice se dilate, et le fœtus peut être extrait sans difficulté.

La malade sortit guérie.

OBSERVATION VI

(Depaul, 30 août 1875.)

Femme de trente-cinq ans ayant eu un avortement à deux mois.

Dernières règles: fin août 1875. Tout se passe normalement sauf un peu d'œdème des jambes et de la vulve depuis trois smaines.

30 août. — Etant en travail depuis trente heures, elle est très fatiguée et se plaint de vives douleurs lombaires ; l'œdème augmente, le pouls est à 106 et la peau chaude.

A l'examen : l'utérus est à quatre doigts au-dessus de l'ombilic et ses parois semblent être plus minces et plus tendues qu'à l'ordinaire, et la paroi antérieure moins saillante.

On perçoit le cœur et les mouvements.

Au toucher : on perçoit une tumeur formée par une partie de l'utérus, profondément engagé dans l'excavation et arrivant à 3 centimètres de la vulve.

Le cul-de-sac antérieur s'étend très haut, et le col est introuvable.

Au toucher et au spéculum, on perçoit une saillie et une petite dépression qui paraissent être le col oblitéré.

Comme la fièvre et les douleurs augmentent, on fait l'hystérotomie vaginale, qui n'expose que l'insertion placentaire

et s'accompagne d'une forte hémorragie. On tamponne, et comme le lendemain il n'y avait pas de changement, et que le cœur fœtal n'est pas perceptible on fait l'anesthésie, et l'extraction par fragments du placenta ; puis du fœtus dont le cou se rompt sous les efforts pour extraire la tête dernière qu'on laisse.

Dans la nuit la malade meurt.

A l'autopsie : grand diamètre vertical de l'utérus : 23 centimètres. Diamètre transversal : 20 centimètres.

Le col, remonté au-dessus de la symphyse était dilaté de 3 centimètres et les bords lisses et minces.

Neuf centimètres plus bas on trouve l'ouverture artificielle.

L'utérus est développé surtout aux dépens de la paroi postérieure qui mesure 46 centimètres de courbure, contre 21 centimètres pour la paroi antérieure.

On trouve des adhérences entre la paroi postérieure du vagin et la partie adjacente de l'utérus.

OBSERVATION VII

(Depaul, obs. de Billi.)

Femme de vingt-huit ans ayant eu un accouchement normal il y a cinq ans.

Actuellement, dans le courant du huitième mois, présente des signes de début de travail.

Au troisième mois : elle eut des sensations de gène et pesanteur avec constipation.

Quatrième mois : tiraillements et douleurs pelviennes ; la constipation augmente, et les mictions deviennent pénibles.

Pendant les mois suivants, ces symptômes s'aggravent, et au milieu du huitième, il y a écoulement des eaux, ce qui la soulage.

A l'examen l'utérus paraît normal.

Au toucher : tumeur arrondie remplissant l'excavation et comprimant le vagin ; le col est inaccessible. Au toucher rectal on reconnaît que la tumeur est formée par la tête fœtale.

Le cœur n'est pas entendu et les mouvements ont cessé depuis trois jours.

Par une main dans le vagin, et l'autre sur le ventre on parvient à faire pivoter le fœtus et à réduire l'utérus. Le fœtus (mort) est expulsé le lendemain.

Guérison.

OBSERVATION VIII

Franke (Depaul.)

Primipare de vingt et un ans, à terme. Grossesse normale jusque-là.

Au palper, tout paraît normal.

Au toucher : le col est inaccessible ; la paroi vaginale postérieure est courte, et bombée par une tumeur remplissant l'excavation et contenant la tête.

Le lendemain, le col est au-dessus de la symphyse et les contractions utérines ne font qu'amincir ses bords sans autre changement.

Plus tard, le col s'abaisse de plus en plus, et la dilatation se fait normalement.

OBSERVATION IX

Oldham (Depaul)

Femme à terme, n'ayant éprouvé aucune gêne ou douleur de plus que n'en ont beaucoup de femmes bien portantes, mais l'excavation est remplie par une tumeur ronde élastique, semblant contenir la tête. Le col est inaccessible.

Les membranes sont rompues depuis trois jours.

La main étant introduite dans le vagin, arrive à l'orifice et l'on fait la dilatation digitale de l'orifice dont le bord postérieur est dur et résistant. L'utérus se continuant au-dessous.

En faisant traction sur le fœtus, on arrive à réduire l'utérus et à extraire le fœtus (mort).

Guérison.

OBSERVATION X

(Delassus, *Soc., O. G. P.*, 1911)

Femme enceinte de quatre mois et ayant eu déjà huit grossesses normales.

Depuis huit jours elle a des douleurs et un écoulement de sang par l'urètre. Au sondage on retire près d'un litre de sang de la vessie, ayant une odeur infecte. On fait un lavage, et le lendemain il y a amélioration. On retire par sondage un litre d'urine accumulée depuis la veille.

A l'examen : le col est inaccessible, et l'excavation est remplie par une tumeur ronde, lisse, en dos d'âne et un peu douloureuse.

Le palper donne la sensation d'une masse arrondie dont le fond ne dépasse que fort peu le pubis, mais la vessie mal vidée gêne l'exploration.

Laparotomie exploratrice et curatrice : on trouve dans la cavité abdominale une poche fluctuante, molle, violacée, marbrée de veines, et qui n'est autre que la vessie que le sondage n'a pas vidée complètement. On la vide par expression.

Derrière elle, se trouve une autre poche d'aspect semblable et occupant tout l'espace entre le promontoire et la vessie dont le col est ainsi appliqué contre la symphise.

Comme point de repère on cherche les trompes et les ligaments, qui se trouvent au-dessous de la poche rétro-vésicale, qui n'est autre que l'utérus en rétro-déviation. On en fait la réduction avec difficulté, par une main introduite entre le fond et le sacrum, et une traction prudente sur les ligaments.

Le surlendemain elle avorte d'un fœtus de quatre mois, mort récemment. Délivrance artificielle. Suites bonnes.

Description de l'utérus : Le pôle supérieur ne dépassait guère la ligne promonto-pubienne ; il se trouvait donc entièrement derrière et en dessous de la vessie, qui atteignait l'ombilic. La poche utérine est beaucoup plus mince qu'on ne s'y attendait, et ressemble à un kyste, peu tendu. Le doigt en déprime aisément la paroi et après le désenclavement, pourrait presque la plisser.

Le cul-de-sac utéro-vésical n'existe plus ; et les annexes se trouvent à peine au-dessous du détroit supérieur.

La partie de la poche qui plonge dans l'excavation est formée par la paroi postérieure de l'utérus, très dilatée et dont la partie moyenne forme le fond de la poche.

Ce n'est pas une dilatation du segment inférieur, qui n'est pas encore formé au quatrième mois, et d'ailleurs le col n'est pas effacé.

OBSERVATION XI

(de Bovis)

Primipare de trente ans. Dysménorrée depuis la puberté, causée par une rétro-flexion ; et remplacée depuis qu'elle est enceinte, par des tiraillements chroniques.

Elle est en travail depuis la veille, mais sans progrès.

Au toucher : le col est très haut derrière la symphise, et la dilatation et l'effacement sont à peu près nuls. On sent la tête au-dessus, les eaux s'étant écoulées.

L'excavation est remplie par une tumeur ronde, médiane résistante et pâteuse, descendant jusqu'à la moitié du pelvis et faisant croire à un fibrome ou un kyste enclavé. Plus tard la dilatation ayant commencé, on la complète avec les doigts, ce qui permet de faire un forceps ; alors la tumeur diminue de volume un peu.

Les suites sont bonnes, mais on ne pratique pas le toucher de peur de l'infecter.

Plus tard on trouve l'utérus en rétro-flexion, mais aucune trace de tumeur. On fait donc le diagnostic rétrospectif de dilatation sacciforme.

OBSERVATION XII

Croom (*Edinburgh Méd. Journ.*, 1894).

Multipare de trente-cinq ans, envoyée pour une tumeur ovarienne.

A l'examen on trouve une tumeur abdominale ayant tous les caractères d'un kyste de l'ovaire, avec une partie molle à gauche au-dessous de l'ombilic.

Pas de règles depuis un an. L'auscultation est négative.

Au toucher : l'excavation est remplie par une masse élastique un peu irrégulière ; et le col est inaccessible, même sous anesthésie.

Diagnostic : tumeur de l'ovaire.

Laparotomie : en dégageant la tumeur, on trouve l'utérus gravide lui adhérant au côté gauche, et divisé en deux parties par une sorte de saillie dure de la tumeur qui le déprime profondément.

Deux jours après le col devient accessible, on le dilate et avec le forceps on extrait un fœtus de sept à huit mois dont la tête était dans la partie inférieure et le corps dans la partie supérieure.

OBSERVATION XIII

Croom (*loc. cit.*)

1886, Femme ayant un grand abcès pelvien, se déchargeant par le haut du vagin. Pas de règles depuis trois mois.

Drainage; guérison.

Sept mois plus tard, elle revient, en travail, et le col est introuvable.

A l'examen l'utérus atteint l'ombilic, et une grosse masse occupe le vagin. Sous anesthésie on peut tout juste atteindre le col qui est dur et fixe et ne semble pas vouloir se dilater. Donc de peur de complications, après l'histoire antérieure on fait l'extraction du fœtus par voie abdominale.

Le fœtus était mort, et la tête un peu hydrocéphalique occupait le bassin dont elle fut difficile à extraire.

Quinze jours après la malade mourut de péritonite et pneumonie.

OBSERVATION XIV

Croom (*loc. cit.*)

Multipare de quarante-quatre ans, envoyée pour tumeur ovarienne.

On trouve une tumeur abdominale remontant jusqu'à l'ombilic et le vagin rempli par une grande tumeur ronde.

Le col est inaccessible. A l'auscultation on entend un souffle faible. Il y a eu des métrorragies irrégulières et la tumeur a poussé rapidement.

Laparotomie : on trouve l'utérus gravide ayant un fibrome dans sa paroi antérieure, appuyant contre le pubis et refoulant l'utérus en arrière. Libération et reposition.

Quatre jours après l'accouchement se produit, suivi de rétroflexion de l'utérus.

OBSERVATION XV

(Hyerneau, *Bull. Acad. Roy. Belg.*, 1874)

Primipare de vingt-trois ans, ayant eu une pelvi-péritonite trois ans avant.

Actuellement à terme avec présentation de l'épaule, et en travail depuis sept jours après rupture prématurée des membranes.

A l'examen : Le col est très haut, du côté gauche et adhérent. L'excavation est remplie par une tumeur arrondie qui efface les culs-de-sac postérieur, et latéral droit.

On pratique la traction sur l'orifice utérin, accroché par un doigt mais il est fixe, et impossible à bouger.

Au cours du travail il y a procidence d'un bras. L'enfant étant mort, on fait l'embryotomie.

Guérison.

CONCLUSIONS

La rétro-déviation partiellement irréductible de l'utérus gravide, est une affection très rare, consécutive le plus souvent à une rétro-déviation préexistante à la gestation.

Dans ces cas on observe un développement anormal de la paroi antérieure de l'utérus ; la paroi postérieure étant maintenue fixée dans le petit bassin.

Contrairement à ce qu'on observe dans la rétroversion ou rétro-flexion complète de l'utérus gravide avec enclavement, les symptômes de compression pelvienne sont peu marqués, et notamment les troubles urinaires, qui sont minimes ou nuls.

La gestation peut se poursuivre sans gros accident jusqu'à terme.

La dystocie se produisant au moment du travail est grave, la paroi postérieure de l'utérus formant poche pelvienne ou tumeur pelvienne, en arrière du col qui est reporté derrière le pubis,

Les interventions obstétricales donnent dans ces conditions de mauvais résultats ; surtout pour les enfants.

La laparotomie est le traitement de choix. Sui-

vant les circonstances, on pourra se contenter de la libération des adhérences, ou pratiquer l'hystérectomie après l'opération césarienne.

Il semble préférable vers le milieu de la gestation, de pratiquer la laparotomie et de libérer les adhérences périmétriques. Laissant en place l'utérus gravide dont le développement jusqu'à terme doit se poursuivre.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Audibert. — Rétroflexion aiguë primitive de l'utérus gravide Thèse de Paris, 1911.

Bar. — Rétro-déviations de l'utérus gravide (Rev. gén. de clinique et thérap., 1910).

— Pratique de l'art des accouchements.

— Traité de Gynécologie opératoire.

Begouin. — Précis de pathologie chirurgicale (Masson).

Bein (E.). — Thèse de Paris, 1907-1908.

Blair Bell. — Principles of Gynœcology.

Boursier. — Précis de Gynécologie (Testut).

Bovis (de). — Sacculation intra-pelvienne de l'utérus à terme (Semaine médicale de Paris, 1908).

Bumm. — Précis d'Obstétrique.

Chantreuil. — Leçons à l'Hôpital des Cliniques, 1881.

Clerc. — Thèse de Paris, 1900.

Couvelaire. — Introduction à la Chirurgie utérine obstétricale (Bull. Soc. Obstét. et Gynéc. de Paris, 1909).

Couvelaire et Lévy-Solal. — *Idem*, 1919.

Croom. — Causation of Sacculation of the pregnant uterus (Edinb. Med. G., 1895).

Cugno (H.). — Thèse de Paris, 1906-1907.

Dayot et Hardouin. — Enclavement d'un utérus gravide fibromateux (Rev. Gynéc. et Chir. abd., 1908).

Delassus. — Soc. Obst. Gynécol. de Paris, 1911.

Delbet. — Soc. Obst. Gynéc. de Paris, 1909.

Delee. — Pract. Med Series (Chicago).

— Principles and Practice of Obstetrics.

Depaul. — Etude sur une forme insolite de l'utérus pendant la grossesse (Archives de Tocologie, 1876).

Dubrisay et Jeannin. — Accouchement.

Dudley. — Pract. Med. Series (Chicago).

Eden. — Manual of Midwifery.

Fabre. — Obstétrique.

Fabry. — Semaine médicale, 1906.

Farabeuf et Varnier. — Etude clinique et Pratique des accouchements.

Ferry (C.). — Th. Paris, 1905-6.

Figuiera (C.). — Traitement des rétro-déviations. Thèse Paris, 1902-3.

France. — Rétro-déviations utérines. Th. Paris, 1874.

Fry. — Gynaécolog. Tr. N. Y., 1878.

Fumey. — Traitement des rétro-déviations. Th. Paris, 1900.

Garasse. — Grossesse et accouchement après hystéropexie Th. Paris, 1909-10.

Gonin. — Avantage de l'Hystéropexie physiologique. Thèse Paris, 1904.

Gouillioud. — Ann. de Gynéc. et Obstét. Paris, 1911,

Grosse. — Rétro-déviation de l'utérus gravide (Gazette Méd. de Nantes, 1911).

— Rétro-déviation de l'utérus gravide. Th. Paris, 1898.

Harlay. — Rev, Prat. d'Obstét. et Péd., 1899.

Hartmann. — Gynécologie opératoire (Soc. Obst. Gyn. de Paris, 1900).

Hergott. — Ann. Gyn. et Obst. Paris, 1913,

Hivet. — Traitement des rétro-déviations. Th. Paris, 1900.

Kerr. — Tr. Obst. Soc. London, 1900-1.

Lerat (T.). — Th. Paris, 1910-11.

Levy et Couvelaire. — Soc. Obst. et Gyn. Paris, 1919.

Paquet. — Semaine Gyn. de Paris, 1913.

Pinard et Varnier. — Ann. de Gyn., 1886-7.

Pinard, Segond et Couvelaire. — Bull. Soc. Obst. Gyn. de Paris, 1903.

Potet. — Rev. Prat. d'Obst. et Péd. de Paris, 1912.

Raichstein. — Rétro-déviation de l'utérus gravide. Thèse de Paris, 1910.
Ribemont-Dessaigne et Lepage. — Traité d'Obstétrique.
Ricard et Siredey. — Bull. Soc. Obst. et Gyn. de P., 1910.
Stowe. — Pract. Méd. Series (Chicago).
Wallich. — Eléments d'Obstétrique (Steinheil).
Werder. — Amer. J. of. Obst. N. J., 1911.

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 4451-20

40

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE